This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
N34 J34 1893
Receptivite de l'urethre et de l'uter
24503324490

RÉCEPTIVITÉ

DE

L'URÈTHRE ET DE L'UTÉRUS

BLENNORRHAGIE ET MARIAGE

PAR

LE Dr JULES JANET

Extrait des *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*
d'Août 1893

PARIS
TYPOGRAPHIE CHAMEROT ET RENOUARD
19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

1893

N34
J34
1893

RÉCEPTIVITÉ

DE

L'URÈTHRE ET DE L'UTERUS

BLENNORRHAGIE ET MARIAGE

PAR

LE Dr JULES JANET

Extrait des *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*

d'Août 1893

PARIS

TYPOGRAPHIE CHAMEROT ET RENOUARD

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

—

1893

LANE LIBRARY

LANE LIBRARY

W 34
J34
1893

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

(HÔPITAL NECKER)

RÉCEPTIVITÉ

DE

L'URÈTHRE ET DE L'UTÉRUS

BLENNORRHAGIE ET MARIAGE

Avant d'écrire ces lignes, je dois m'excuser auprès de mes lecteurs de leur présenter ici une étude encore incomplète et peu précise. Le sujet qui nous occupe demande de nombreuses observations suivies pendant plusieurs années; j'accumule actuellement les matériaux qui dans l'avenir pourront servir de base à un travail complet, mais je tiens à publier dès maintenant les résultats auxquels m'ont conduit mes premières observations, parce que ces résultats sont déjà suffisamment constants pour qu'il soit logique de supposer qu'un nombre plus grand de documents ne les modifiera guère et parce que, d'autre part, il me semble utile, dans cette question si intéressante des rapports de la blennorrhagie et du mariage, de fixer le plus tôt possible les conditions dans lesquelles nous sommes autorisés à laisser se marier un ancien blennorrhagique.

Les règles sur lesquelles on se base aujourd'hui à cet égard et qui ont été établies par Neisser et Finger (1) et acceptées par Brewer (2), Bazy (3), etc., ne nous semblent pas suffisamment précises et rigoureuses et on peut être exposé, en

(1) FINGER, *Blennorrhoe der Sexualorgane*, 1891, p. 146.
(2) BREWER, *Journ. of cutan and gen. urin. diseases*, mars 1891.
(3) BAZY. *Progrès méd.*, janvier 1890 et *Bull. Méd.*, 31 mai 1891.

63715

s'y conformant, à voir survenir chez les conjoints de graves accidents qu'il eût été peut-être facile d'éviter, en se conformant aux données que je vais exposer et qui sont basées sur les conditions de réceptivité des voies uro-génitales de l'homme et de la femme pour les différentes infections microbiennes.

Cette réceptivité me semble un fait extrêmement important et sur lequel on n'a pas jusqu'à ce jour suffisamment insisté. Je possède sur ce sujet de nombreux documents que je tiens à résumer ici.

A. — *Réceptivité uréthrale de l'homme.*

L'urèthre de l'homme est normalement très peu accessible aux infections : bien que le méat et la fosse naviculaire soient habités par de nombreux microbes, bien que le canal lui-même soit souvent parcouru par les microbes éliminés par la voie rénale, l'urèthre conserve son état de stérilité. Cette stérilité est-elle absolue? est-elle bactériologiquement vraie? non évidemment, ce n'est qu'une asepsie clinique. Les procédés de culture sont trop délicats pour nous permettre d'apprécier l'état d'infection de l'urèthre. Un microbe unique, par hasard adhérent à la muqueuse du canal, va donner au laboratoire des cultures abondantes, alors qu'il était incapable de cultiver dans l'urèthre et que, par suite, il ne présentait aucun intérêt clinique.

L'urèthre de l'homme normal peut donc être considéré comme cliniquement aseptique, si l'on en excepte la fosse naviculaire et le méat. Cette asepsie est évidemment due à sa résistance aux causes d'infection auxquelles il est perpétuellement exposé.

Cette résistance toute spéciale aux infections est non seulement établie par l'absence des microbes dans les parties profondes du canal, malgré l'infection constante du méat, mais encore par la rareté des infections primitives de l'urèthre par des microbes autres que le gonocoque. Un homme

sain peut avoir journellement des rapports avec une femme dont l'utérus sécrète en abondance des mucosités chargées de staphylocoques ou autres microbes pathogènes, et pourtant il ne s'infecte pas. Que de fois n'a-t-on pas cathétérisé des urèthres sains avec des sondes sales sans déterminer aucune infection. Cette résistance des muqueuses saines aux invasions microbiennes a été depuis longtemps établie par les travaux de M. le professeur Guyon et de son école.

Cette résistance n'est évidemment pas absolue : Bockhardt et Wolf (1883) ont signalé un cas d'uréthrite à cocci en chaînettes à la suite d'un cathétérisme pratiqué au moyen d'une sonde imprégnée de streptocoques; mais cette sonde a été laissée à demeure, ce qui a momentanément modifié les conditions de vitalité du canal et rendu l'infection possible. Reblaud a bien montré dans son important travail sur les cystites (1892) que la vessie présente normalement la même immunité contre les infections extérieures et qu'elle ne se laisse envahir que sous l'influence d'un traumatisme, d'un accès de rétention ou d'autres conditions spéciales qui modifient son état de nutrition et de vascularisation.

Il en est de même pour l'urèthre qui, malgré sa résistance naturelle aux diverses causes d'infection, se laisse envahir parfois primitivement par des microbes autres que le gonocoque. Cela arrive, par exemple, à la suite d'un cathétérisme septique traumatisant ou répété, à la suite d'excès de coït compliqués d'excès alimentaires. Ces cas sont du reste rares; on les compte dans la science : Bockhardt (1883), Aubert (1884), Castex (1887), Legrain, (1888), Rauzier (1888) en ont cité quelques-uns; j'en ai pour ma part observé trois dans ces deux dernières années.

Dans ces trois cas il s'agissait d'une infection de l'urèthre par des microbes divers, autres que le gonocoque et survenue peu de temps après un coït chez des malades qui n'avaient jamais eu autrefois la blennorrhagie. Ils ont guéri en peu de jours sous l'influence de quelques lavages au sublimé.

A quoi est due cette immunité relative de l'urèthre sain pour les infections diverses? Pourquoi les bactéries qui habitent normalement le méat ou qui y sont déposées par des contacts avec des milieux infectés ne pénètrent-elles pas plus profondément dans le canal pour y cultiver? Cette question est bien difficile à résoudre; nous sommes ici en présence d'un fait évident de résistance d'un tissu sain à l'infection; cette résistance semble plutôt due à l'impossibilité matérielle que les microbes éprouvent à prendre pied sur ce tissu qu'à un phénomène de phagocytose, l'absence totale de leucocytes dans de tels urèthres semblant devoir éloigner cette dernière hypothèse. Un fait qui paraît évident, sans néanmoins être bien explicable, c'est que l'épithélium cylindrique normal de l'urèthre semble instituer une barrière à ces infections, tandis que l'épithélium plat de la fosse naviculaire se laisse envahir. Ce phénomène est du reste général. N'est-ce pas en effet exactement ce qui se passe pour les autres orifices cutanés, les orifices glandulaires, par exemple, dont l'entrée est perpétuellement souillée par les microbes et dont le tube excréteur résiste à l'invasion tant qu'un traumatisme n'est pas venu modifier ses conditions de vitalité?

Si l'urèthre est normalement peu réceptif pour les infections diverses, il l'est au contraire beaucoup pour le gonocoque qui doit être considéré comme son principal ennemi, son envahisseur spécifique. Et néanmoins, même à ce point de vue, l'expérience ne nous prouve-t-elle pas qu'un urèthre primitivement sain résiste mieux qu'un autre à l'invasion gonococcique? Comment expliquer autrement l'immunité apparente contre la chaudepisse des sujets qu'elle n'a jamais visités? La première chaudepisse est évidemment la plus difficile à prendre; elle nécessite pour se produire un ensemble de circonstances malheureusement assez facile à réaliser : excitation considérable, excès de boissons, coït répété de la part de l'homme, abondance relative des gonocoques présents au moment du coït chez la

femme, c'est-à-dire état relativement aigu de la blennorrhagie chez elle, ou évacuation abondante de gonocoques intraglandulaires sous l'influence de l'excitation sexuelle (Verchère, communication orale). Voilà pourquoi les jeunes gens qui n'ont aucune notion du diagnostic de la chaudepisse chez la femme et qui choisissent en général mal leur partenaire sont facilement infectés par la blennorrhagie; mais s'ils ont pu franchir cette période et arriver à cet âge ou l'on devient plus prudent et plus généreux, ils peuvent jusqu'à un certain point l'éviter indéfiniment, parce qu'ils ne rencontrent plus les conditions que j'énumérais plus haut; ils jouissent alors de leur immunité relative contre les gonocoques rares et peu actifs des blennorrhagies subaiguës ou chroniques des femmes qui savent se tenir propres et qui ont intérêt à ne pas contagionner leurs amants.

Enfin l'invasion gonococcique a lieu et dure plus ou moins longtemps; si elle dure peu, ce qui arrive dans le cas des traitements abortifs réussis ou dans ces cas heureux où, quelle que soit la médication que l'on emploie, le gonocoque disparaît en très peu de temps, l'état anatomique de l'urèthre n'a pas le temps de se modifier beaucoup et il revient bientôt *ad integrum;* il récupère son immunité aux infections. Si, au contraire, l'invasion gonococcique dure plus longtemps ou si, durant peu, elle se répète à courts intervalles, si enfin l'urèthre est malmené par des traitements mal conduits, la scène change. L'urèthre modifié anatomiquement et physiologiquement ne retrouve plus ses propriétés premières : son épithélium cylindrique est transformé en épithélium plat stratifié, soit sur toute son étendue, soit par places; ses glandes, dilatées par obstruction partielle de leurs orifices et dont l'épithélium est lui-même modifié (Finger), sécrètent d'une façon démesurée; enfin sa muqueuse plus ou moins infiltrée d'éléments embryonnaires a perdu une partie de son élasticité normale; l'urèthre se vide mal, il retient les dernières gouttes de l'urine qui

s'échappent lentement et sont bientôt remplacées par des sécrétions glandulaires abondantes et de nombreux produits de diapédèse et de desquammation, exagérés encore par l'irritation que produit le passage de cette urine sur cette muqueuse anatomiquement modifiée. La nutrition même de cette muqueuse est altérée par les lésions des vaisseaux qui l'irriguent. Telles sont les causes de cette variété d'uréthrite que j'ai appelée uréthrite aseptique, uréthrite par lésions anatomiques, uréthrite chimique. Je sais bien que son asepsie n'est pas bactériologiquement vraie, mais je me suis déjà expliqué à cet égard, les quelques rares microbes que l'on peut trouver dans la sécrétion de ces uréthrites et qui proviennent des impuretés du méat ne sont évidemment pas la cause de ces sécrétions que les modifications anatomiques précédemment citées, jointes à l'irritation que produit constamment le passage de l'urine, suffisent pleinement à expliquer.

Cette variété d'uréthrite se rencontre assez fréquemment à l'état pur chez les anciens blennorrhagiques, surtout chez ceux qui s'abstiennent de tout coït, se lavent soigneusement ou sont traités antiseptiquement, mais elle est très instable et peut d'un moment à l'autre, d'aseptique qu'elle était, devenir septique.

En effet, les modifications anatomiques et physiologiques que nous venons d'énumérer amènent à leur suite un phénomène nouveau et d'une importance considérable : la réceptivité de l'urèthre aux diverses invasions microbiennes. L'urèthre a maintenant perdu son état primitif d'immunité, il est devenu réceptif : au lieu de résister aux colonies microbiennes qui peuplent son méat, il se laisse facilement envahir par elles ; ainsi se crée une série interminable d'infections secondaires par les microbes les plus divers. Ces microbes proviennent soit des impuretés des vêtements ou de l'air extérieur, soit d'un coït pratiqué avec une femme métritique ou même saine.

L'histoire clinique de ces infections secondaires est très

simple : l'écoulement qu'elles produisent survient peu de temps, douze à vingt-quatre heures, après le coït contaminant si l'infection est due à un rapport sexuel; il est blanc ou blanc jaunâtre, rarement verdâtre ; il est assez abondant pour tacher la chemise ; en un mot, il est absolument identique au pus d'une blennorrhagie subaiguë. Ce serait une illusion que de vouloir le diagnostiquer sans le secours du microscope. L'examen microscopique révèle dans ce pus la présence de nombreux leucocytes et de quelques cellules épithéliales plates, le tout absolument criblé de microbes divers parmi lesquels une espèce prédomine toujours ; très souvent même on n'y constate qu'une seule espèce à l'état pur. Ces microbes sont dans ce genre d'écoulement aussi nombreux que ceux du vagin des femmes. Si l'on fait uriner le malade dans deux verres, on retrouve la même abondance de microbes dans les filaments. Il est important de faire cette dernière recherche pour se rendre compte de la profondeur à laquelle a pénétré l'infection ; si une fois le méat débarrassé de sa goutte et lavé, on ne retrouve pas de microbes dans les filaments, c'est que l'infection est limitée à cet organe ; si on ne retrouve de microbes que dans le premier verre, c'est que l'urèthre antérieur seul est infecté ; si enfin on en trouve dans le second, c'est que l'urèthre postérieur et peut-être la vessie sont également infectés. De ces notions il est facile de déduire la nature des lavages que l'on devra employer : lavage du méat, lavage de l'urèthre antérieur seul, lavage des deux urèthres.

Si les divers microbes du vagin des femmes pénètrent facilement ces urèthres réceptifs, à plus forte raison le gonocoque ne les épargnera pas. C'est pourquoi ces malheureux malades récoltent des gonocoques là où un homme primitivement sain n'en prendrait jamais : des femmes en apparence absolument saines et qui ne possèdent plus que de très rares gonocoques presque impossibles à déceler par l'analyse microscopique la plus minutieuse, les infectent presque à coup sûr.

En résumé, la première invasion gonococcique, si elle a eu le temps de suffisamment détériorer la muqueuse uréthrale laisse, après sa disparition complète, l'urèthre dans un état spécial de réceptivité pour une nouvelle invasion gonococcique ou pour de très nombreuses variétés d'infections secondaires dues à des coques et à des bactéries les plus diverses. Ces infections secondaires peuvent évidemment se superposer à l'infection gonococcique, si celle-ci persiste, on est alors en présence d'infections mixtes : nous les négligerons pour la clarté de cette étude.

Telle est pour moi le sens qu'il faut donner à cette notion si répandue que la première blennorrhagie ne guérit jamais et que les suivantes ne sont que des suites de la première.

Je désire insister un peu sur l'histoire clinique de l'état de réceptivité de l'urèthre, après la disparition de l'infection gonococcique.

Cet état de réceptivité s'observe sous deux aspects différents : tantôt les lésions anatomiques qui les créent sont suffisantes pour produire une sécrétion plus ou moins abondante ou des filaments dans l'urine, tantôt au contraire elles sont si peu importantes que le malade présente l'apparence absolue de la santé, absence de toute humidité au méat et de tout filament dans l'urine. Le premier cas est bien connu : c'est ce que l'on appelle vulgairement l'uréthrite chronique, le second me semble au contraire absolument négligé par les auteurs, il a pourtant une importance considérable. Les malades qui appartiennent à cette dernière catégorie ont l'apparence absolue de la santé; ils n'ont ni goutte, ni filament dans l'urine; un médecin non prévenu leur permettrait, sans hésitation, de se marier dans les huit jours, et pourtant ces malades sont susceptibles d'être envahis d'un moment à l'autre par d'innombrables légions de microbes divers : bactéries, coques, etc., qui peuvent constituer comme nous le verrons bientôt un danger formidable pour leurs malheureuses épouses.

Les deux observations suivantes résument l'histoire de deux malades intéressants à cet égard.

OBSERVATION I. — M..., 30 ans, 1re blennorrhagie à gonocoques en 1886, durée six semaines, guérison complète; depuis, presque chaque année se produisit une repoussée d'uréthrite déterminant un écoulement plus ou moins abondant. Chacune de ces poussées durait un temps variable, de quelques jours à plusieurs mois; l'examen bactériologique n'ayant pas été fait, il est impossible de savoir si elles ont été dues à la repullulation du gonocoque primitif, ou à des réinfections gonococciques ou autres. Elles ont été traitées par les procédés les plus divers. La première de ces poussées qu'il nous a été donné d'observer remonte à 1890, le malade présenta alors un écoulement mucopurulent dans lequel on ne trouva pas de gonocoques, on lui fit sans résultat, 16 instillations, des injections de sulfate de zinc et de résorcine, enfin, de guerre lasse, il cessa tout traitement et au bout de quelques mois la guérison survint en apparence complète, cette poussée d'uréthrite aseptique avait duré un an. La guérison semblait alors parfaite, le malade très soigneux s'observait régulièrement et, suivant ma recommandation, se désinfectait souvent le méat. Il resta pendant environ six mois dans cet état, il n'avait pas la moindre sécrétion anormale, on n'observait même pas de filament dans son urine qui nous servait fréquemment au laboratoire de Necker comme type d'urine normale, quand un jour, en juin 1891, il se présenta à moi avec un écoulement purulent, jaune, abondant; l'examen microscopique me permit de constater que ce pus ne renfermait aucun microbe, l'anamnèse m'apprit que la veille le malade s'était beaucoup fatigué, s'était refroidi et avait souffert des suites d'une mauvaise digestion. J'étais donc en présence d'une uréthrite d'origine chimique déterminée par le passage d'une urine irritante dans un canal prédisposé à réagir devant la moindre irritation. Quelques jours de traitement antiphlogistique suffirent à guérir totalement ce petit accident. Ce fait est intéressant parce qu'il nous prouve que ce malade, malgré plusieurs mois de santé parfaite, présentait encore des altérations uréthrales suffisantes, pour permettre le développement d'une uréthrite sous l'influence d'une irritation chimique qui eût été absolument incapable de produire cet effet sur un urèthre réellement sain. Après cet accident ce malade recouvra pendant dix autres mois un état uréthral en apparence parfait, ni goutte, ni filament; il se croyait totalement guéri et n'eût même pas songé à demander à un médecin l'autorisation de se marier, quand subitement, le 9 avril 1892, il s'aperçut qu'il présentait un écoulement purulent, abondant, jaunâtre. L'examen microscopique révéla dans cet écoulement une culture pure de bactérie pyogène (vérifiée par les cultures). La cause de cette infection resta toujours obscure pour moi. Il n'avait pas pratiqué de coït depuis plusieurs jours ; la femme avec laquelle il avait des rapports ne l'a jamais réinfecté depuis. Somme toute, je suis assez

disposé à croire dans ce cas à une infection du méat par la voie aérienne. Cette uréthrite à bactérie pyogène guérit facilement sous l'influence de deux lavages au sublimé de 1/20000 à 1/10000 pratiqués dans l'urèthre antérieur seul.

Cette observation nous montre un cas absolument pur d'infection secondaire d'un urèthre en apparence sain, mais qui en réalité restait en état de réceptivité depuis la guérison de la longue affection dont il avait souffert.

Depuis cette infection le malade s'est toujours bien porté : son urèthre est revenu à l'état normal, mais rien ne prouve qu'il ne fera pas un jour ou l'autre une nouvelle infection secondaire.

Observation II. — B..., 25 ans, 1re blennorrhagie à 17 ans et demi, durée 2 mois et demi, guérison complète; 2e à 22 ans (déc. 1890), l'état aigu disparut en un mois, mais il persista ensuite une goutte matinale qui fut traitée par 3 séries d'instillations. C'est à la suite de ce traitement, en décembre 1891, que ce malade vint me consulter; je ne lui trouvai qu'une légère humidité du méat constituée par du mucus, des cellules épithéliales et quelques microbes divers. Un unique petit filament récolté dans le premier verre contient quelques leucocytes, des cellules épithéliales rondes, mais aucun microbe. Je considérai cet état comme très satisfaisant et je n'hésitai pas à annoncer au malade sa prochaine guérison complète. En effet, au bout de peu de temps (janvier 1892), l'état de l'urèthre et l'aspect de l'urine ne semblent plus rien laisser à désirer; il reprend donc le coït qu'il avait cessé depuis un an, mais par prudence il s'arme d'un condom. Ces coïts ne lui sont nullement nuisibles et jusqu'en mai 1892 l'état de l'urèthre se maintient parfait. A cette époque il pratique pour la première fois un coït sans condom avec sa maîtresse qui est une femme cliniquement saine; il revient me voir le lendemain désolé, car il présente une goutte purulente assez abondante et un assez grand nombre de filaments purulents dans son premier verre. L'examen microscopique me montre dans la goutte et les filaments une culture abondante d'une bactérie courte que je n'ai pas cultivée, deux lavages de l'urèthre antérieur au sublimé de 1/20000 à 1/10000 ont facilement raison de cette infection.

Le malade reprend ses coïts avec sa maîtresse, mais pour éviter de porter le condom, il se désinfecte lui-même soigneusement le méat après chaque coït avec le sublimé à 1/3000. Grâce à ces précautions, il passa deux mois sans accident; mais en juin 1892, il oublia une seule fois de se désinfecter le méat après un coït et le lendemain il présentait une deuxième infection secondaire. Il en fit dans les mêmes conditions une troisième en juillet, une quatrième en août.

A cette époque je lui conseille de faire faire à sa maîtresse des lavages vaginaux journaliers avec le sublimé à 1/5000, tout en continuant lui même ses désinfections du méat; il évite ainsi toute infection jusqu'en février 1893. Son urèthre pendant toute cette période conserva un aspect absolument normal. A cette époque, il fit pour la première fois une infidélité à sa maîtresse et pratiqua avec une autre femme un coït oral, il ne se désinfecta pas ensuite et le lendemain il présentait une cinquième infection secondaire déterminée par une petite bactérie courte et grêle que je n'ai pas cultivée.

Cette dernière leçon porta ses fruits, depuis il ne coïte plus qu'avec sa maîtresse, et grâce aux désinfections auxquelles ils se soumettent tous deux, l'état de son urèthre s'est maintenu parfait.

Cette observation montre avec quelle facilité un urèthre réceptif se laisse envahir par les microbes les plus divers, récoltés dans les milieux les plus différents; elle montre, comme la précédente, qu'un urèthre en apparence normal, sans sécrétion et sans filaments, peut néanmoins présenter des modifications suffisantes pour créer cet état spécial de réceptivité.

Telle est en quelques mots la description de l'état de réceptivité des urèthres en apparence normaux. Cette forme n'est évidemment pas la plus commune ; dans l'immense majorité des cas, on rencontre cet état de réceptivité dans des urèthres manifestement malades, plus ou moins sécrétants, présentant en un mot les signes cliniques de l'uréthrite chronique jusques et y compris le rétrécissement. Je n'insiste pas sur ce point, car rien n'est plus commun, plus facile à observer que ces infections secondaires diverses qui envahissent à chaque instant de semblables urèthres, soit à la suite d'un coït, soit à la suite d'une manœuvre chirurgicale malpropre, soit même spontanément.

L'évolution de ces infections secondaires mérite de nous arrêter un instant; elle nous conduira à étudier quelle est la durée probable de l'état de réceptivité de l'urèthre.

Prenons une blennorrhagie au début chez un individu qui n'a encore jamais été atteint et pratiquons sur lui le traitement par les lavages de permanganate de potasse que

je préconise; en très peu de jours les gonocoques ont totalement disparu, et, dans les cas heureux, ne reparaissent plus. Mais on peut constater alors un fait très remarquable, c'est que cet urèthre débarrassé de ses gonocoques s'infecte avec une facilité extraordinaire de bactéries ou d'autres coques que le gonocoque; pendant le traitement même, entre deux lavages, on voit se produire ces infections secondaires. L'urèthre est donc pendant le traitement au permanganate, et par le fait même de ce traitement, mis dans un état extraordinaire de réceptivité. Cet état est évidemment dû d'une part à la sécrétion séreuse qui humecte perpétuellement l'urèthre et le méat, ce qui constitue un excellent milieu de culture pour les microbes autres que le gonocoque, et d'autre part à l'action antiseptique insuffisante des lavages employés. Je lutte contre cet inconvénient du traitement au permanganate en condamnant mes malades à un pansement occlusif constant de leur méat pendant toute la durée du traitement. Mais au bout de huit à dix jours, quand les malades se voient complètement guéris, ils abandonnent cette précaution et on a bien de la peine à les empêcher de reprendre le coït. S'ils le font sans mon autorisation, et par suite sans précautions spéciales, ils reviennent le lendemain, l'oreille basse, m'annoncer leur faute et sa punition immédiate. En effet, je constate alors une belle goutte jaune, mais je m'empresse de rassurer mon client car cette goutte est dans ce cas le produit d'une infection secondaire et non d'une repullulation gonococcique. Cet état de réceptivité dure environ deux mois après la guérison d'une chaudepisse récente chez un individu précédemment sain; je ne défends pas absolument le coït pendant cette période, mais je recommande de le pratiquer en condom, ou sinon, de désinfecter soigneusement le méat immédiatement après le coït avec une solution de sublimé de un millième à un trois millièmes. Malgré ces précautions, plusieurs de mes malades guéris de leurs gonocoques ont présenté dans les deux mois suivants une ou même plusieurs

infections secondaires déterminées par les microbes les plus divers.

Ces malades étant prévenus d'avance que cet accident peut leur arriver viennent me voir immédiatement, et je les débarrasse toujours très facilement de ces infections avec un ou deux lavages de sublimé de un dix millièmes à un vingt millièmes.

L'état de réceptivité dû aux lavages de permanganate est donc essentiellement passager. Il n'en est pas de même de l'état de réceptivité qui suit les chaudepisses de longue durée, mal traitées ou fréquemment récidivantes; dans ce cas les conditions qui créent cette réceptivité ne sont plus passagères comme la sécrétion séreuse qui persiste après les lavages de permanganate, elles sont durables comme les lésions uréthrales que l'on rencontre dans les cas de blennorrhagies anciennes. Ces lésions sont, nous le savons déjà, la substitution de l'épithélium plat à l'épithélium cylindrique sur une partie plus ou moins étendue de l'urèthre, l'infiltration embryonnaire sous-épithéliale et sous-muqueuse, les troubles vasculaires et sécrétoires de la muqueuse et enfin la perte de l'élasticité uréthrale. Ces troubles anatomiques et physiologiques sont très longs à guérir, l'état de réceptivité uréthrale persiste autant qu'eux, il est impossible de lui assigner une limite, il dure d'autant plus longtemps que les lésions sont plus avancées. Cette durée varie entre quelques mois et plusieurs années; dans les cas graves, elle demeure définitive.

Il ne faudrait pas croire néanmoins que l'état de réceptivité du canal soit en rapport direct avec l'intensité des lésions uréthrales : des lésions superficielles, de légères modifications épithéliales, un peu d'exagération de la sécrétion glandulaire déterminent souvent une réceptivité beaucoup plus grande que des lésions anciennes et profondes du canal. L'état de réceptivité du canal est donc loin d'être synonyme d'uréthrite chronique, il se rencontre chez des individus en apparence sains et ne se ren-

LAAC LYON

contre pas chez de vieux uréthritiques incurables. J'ai vu beaucoup de malades atteints d'anciennes d'uréthrites rebelles à tout traitement qui s'infectaient très difficilement.

L'état de réceptivité est donc un symptôme particulier qu'on ne peut déduire de l'examen du canal entre les poussées d'infections secondaires. Il faut, pour porter ce diagnostic, observer les malades pendant un temps très long et assister à ces poussées; au besoin, si on est pressé, les provoquer en supprimant tout traitement antiseptique et toute précaution spéciale après le coït.

Le traitement de cette période de la blennorrhagie comprend deux éléments : le traitement des infections secondaires et le traitement de l'état de réceptivité qui les provoque.

Le traitement des poussées d'infections secondaires est en général simple, si on les prend à leur début; alors qu'elles sont encore localisées dans l'urèthre antérieur, on s'en débarrasse très facilement à l'aide de grands lavages de l'urèthre antérieur au sublimé faible. En général, je fais à vingt-quatre heures d'intervalle deux lavages de un demi litre, le premier à un vingt millièmes, le second à un dix millièmes (solution à l'eau distillée sans alcool). Si après ces deux lavages on voit les microbes repulluler, on en fait d'autres jusqu'à désinfection complète.

Si l'urèthre postérieur et la vessie sont également infectés, on les lave également à l'aide du lavage sans sonde, soit au sublimé à un vingt millièmes, soit au nitrate d'argent de un deux millièmes à un cinq centièmes. Ce dernier agent rend en effet de réels services en cas d'infection vésicale. Si enfin l'infection a envahi les uretères et les reins, il devient impossible de l'atteindre, il en est de même si elle a envahi les glandes prostatiques et uréthrales ou les vésicules séminales; c'est dans ce cas que l'on observe ces infections secondaires indéfiniment récidivantes et rebelles à tout traitement. Il ne nous reste alors d'autre ressource

que de laver antiseptiquement toutes les parties que nous pouvons atteindre, pour bloquer les microbes qui sont hors de notre portée et attendre l'épuisement spontané de leurs cultures. On n'oubliera pas naturellement le traitement médical des régions infectées.

Une fois la désinfection obtenue, il s'agit de la maintenir, car il est évident que des réinfections successives de l'urèthre ne font qu'aggraver les lésions existantes et prolonger ainsi l'état de réceptivité.

Le meilleur moyen pour arriver à ce but est de recommander à ces malades de se désinfecter très soigneusement leur méat le plus souvent possible. Ils doivent faire tous les jours la toilette de cet orifice, et exagérer encore ces soins de propreté après les coïts. Le sublimé de un millième à un trois millièmes donne de très bons résultats dans ce cas, on l'emploiera en lavages à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile. On peut pendant une minute laisser séjourner une goutte de ces solutions dans le méat entr'ouvert. Les coïts étant la cause principale de ces réinfections doivent être suivis de soins encore plus rigoureux ; dans les cas graves il sera bon de ne les laisser pratiquer qu'en condom ou d'exiger la désinfection régulière de la femme avec une solution de sublimé à un cinq millièmes.

Le traitement des causes mêmes de l'état de réceptivité n'est autre que celui de l'uréthrite aseptique : lavages au nitrate d'argent, instillations, dilatation, traitement endoscopique en cas de besoin, hygiène générale et locale. Ce traitement est forcément très long, il faut l'interrompre, de temps en temps, de longs repos de traitement, car il est fréquent de voir survenir pendant un repos une guérison ou une amélioration qu'on avait inutilement cherchée pendant de longs mois de traitement.

B. — *Réceptivité des voies génitales de la femme.*

Je ne possède encore sur ce sujet que des documents restreints; je tiens néanmoins à résumer ici les quelques notions que m'a permis de recueillir mon expérience personnelle.

Un fait capital ressort en particulier de mes observations actuelles; je l'énoncerai ainsi :

Les voies uro-génitales de la femme et en particulier son utérus sont infiniment plus accessibles que celles de l'homme aux infections diverses (autres que l'infection gonococcique), qui sont chez elle très fréquemment primitives, alors que, dans l'immense majorité des cas, elles sont chez l'homme secondaires à l'infection gonococcique.

En d'autres termes, les infections diverses, bactéries et coques, non encore suffisamment décrites qui ne peuvent infecter l'urèthre de l'homme que grâce aux détériorations anatomiques et physiologiques créées par le gonocoque, peuvent envahir un utérus primitivement sain.

Les deux observations suivantes suffisent à établir ce fait.

Observation III. — Famille F...; F..., au moment de son mariage était depuis longtemps mon client, je l'avais déjà soigné à plusieurs reprises pour des poussées d'infections secondaires dues à un état de réceptivité ancien qui s'était développé à la suite de trois infections gonococciques précédentes. Je n'ai jamais observé chez lui de gonocoques, j'affirme qu'au moment de son mariage et qu'au moment où il a contagionné sa femme il était indemne de toute infection gonococcique.

Au moment de son mariage rendu absolument nécessaire par suite de circonstances que je n'ai pas à exposer ici, il était dans un bon état uréthral, la sécrétion était absolument tarie, les filaments peu abondants, surtout muqueux, l'urèthre exempt de rétrécissement. J'avoue que, si j'avais été libre, j'aurais demandé encore quelques mois de sursis, mais je ne fus pas consulté à cet égard et le mariage eut lieu. Quelques mois après, F... vint me consulter pour un écoulement abondant dans lequel je trouvai une abondante culture pure d'une bactérie courte; il m'avoua en même temps qu'il avait donné la

chaudepisse à sa femme et qu'elle était traitée pour cette affection par son médecin habituel. Je demandai à pratiquer un examen microscopique des sécrétions de cette femme, et je constatai chez elle, dans un écoulement utérin purulent très abondant, une bactérie en culture prédominante qui me sembla optiquement être la même que celle de son mari. Les cultures n'ont pas été faites, l'absence absolue des gonocoques chez cette femme était évidente, l'état aigu dans lequel elle se trouvait aurait rendu leur découverte très facile, s'ils avaient existé.

Ce fait me semble un exemple indiscutable de contagion d'un utérus primitivement sain par un microbe d'infection secondaire du mari.

Observation IV. — Famille H...; H..., a eu deux chaudepisses, la seconde s'est prolongée pendant les deux dernières années qui ont précédé son mariage.

Il me consulte en avril 1892, je constate une uréthrite totale très torpide déterminant un écoulement muco-purulent peu abondant et des filaments dans les deux verres. L'examen microscopique révèle dans ces sécrétions des leucocytes et des cellules épithéliales en proportion égale et de plus un très grand nombre de microbes répondant probablement à trois espèces, dont une prédominante à forme bactérienne. Absence absolue de gonocoques. Le malade m'annonce son intention de se marier le mois suivant, je m'y oppose formellement. Il m'avertit qu'il lui est impossible de suivre mon conseil et il me demande ce qu'il doit faire pour éviter les accidents. J'ai le tort d'accepter cette combinaison et je lui demande au moins avant son mariage un mois de traitement antiseptique de son urèthre Au bout de quelques lavages de sublimé l'état aseptique était obtenu, ce malade repartit en province où il habitait, et m'envoya plusieurs fois par semaine une préparation de sa goutte matinale. Ces examens, pratiqués pendant environ un mois, ne me révélèrent plus jamais la présence d'un microbe.

Il se maria en mai 1892, désinfecté il est vrai, mais en plein état de réceptivité. Grâce aux précautions que je lui avais indiquées, lavages du méat au sublimé, injections antiseptiques journalières pour sa femme, il ne se passa rien d'anormal jusqu'en janvier 1893; mais à cette époque, cette femme contractait une métrite aiguë avec écoulement sero-purulent excessivement abondant « comme si elle avait ses règles ». Cet écoulement à l'examen me montra une culture pure d'une intensité extraordinaire d'une toute petite bactérie courte. Je recherchai cette même bactérie chez le mari, mais aussitôt après cet accident, il s'était fait faire par son médecin d'abondants lavages au sublimé, si bien que je le retrouvai de nouveau à l'état aseptique. Je n'ai pu surprendre chez lui l'infection secondaire qui

avait infecté sa femme. Cette malheureuse a été traitée depuis jusqu'à l'époque actuelle, elle a fait une poussée salpingienne ou périsalpingienne, elle semble désinfectée aujourd'hui, mais j'envisage pour eux l'avenir d'un mauvais œil, car, malgré les précautions que je leur ai indiquées, je m'attends d'un jour à l'autre à voir survenir chez eux une nouvelle infection qui aujourd'hui peut aussi bien partir de la femme que du mari.

Ce second fait me semble également probant ; l'existence d'infections primitives d'un utérus sain par un microbe secondaire de l'homme me semble, d'après ces observations, indiscutable.

D'où vient donc que la femme saine ne jouisse pas vis-à-vis des infections diverses, autre que l'infection gonococcique, de la même immunité que l'homme sain ?

Un homme absolument sain peut sans danger coïter la femme la plus infectée du monde, à condition qu'elle n'ait pas de gonocoques. Pourquoi une femme saine ne peut-elle avoir de rapports réguliers avec un homme infecté, même sans gonocoques, sans s'infecter elle-même ? Cette infériorité du sexe féminin vis à vis du nôtre tient pour moi à ce qu'il se produit chez la femme, à la suite de ses périodes menstruelles, un état momentané de réceptivité très analogue à celui qui se produit chez l'homme à la suite d'une longue infection gonococcique. Les sécrétions séro-muqueuses abondantes, ces petites lochies qui suivent immédiatement les règles constituent un excellent terrain de cultures pour les microbes, elles forment un véritable drain très infectable qui fait communiquer l'utérus avec le vagin ; la congestion même de l'utérus, les modifications de sa muqueuse sous l'influence de la poussée sanguine modifient en outre le milieu de culture utérin et font perdre à la muqueuse utérine la résistance qu'elle sait d'ordinaire opposer aux invasions microbiennes.

Si ces modifications anatomo-physiologiques ne sont pas suffisantes pour faire perdre à l'utérus son immunité, celles qui se produisent après l'accouchement suffisent alors plei-

nement à permettre l'infection de l'utérus, c'est pourquoi des femmes qui ont pu jusque-là échapper aux causes d'infections que leur offraient leurs époux, se laissent facilement infecter au moment de leurs couches. De là toutes ces métrites, ces salpingites, etc., postpuerpérales que l'on a mises pendant si longtemps à l'actif des infections puerpérales et que depuis, on a, par réaction, beaucoup trop souvent attribuées à l'infection gonococcique.

Pour être complet il nous faut exposer en quelques mots l'état de réceptivité de la femme pour le gonocoque et pour les infections secondaires à l'invasion gonococcique.

A l'égard du gonocoque la femme, diffère peu de l'homme; ce microbe n'épargne pas plus les muqueuses féminines que les muqueuses masculines. Néanmoins, bien que l'infection gonococcique des femmes soit évidemment excessivement facile, le gonocoque semble cultiver moins facilement chez elle que chez l'homme. On rencontre en effet plus souvent chez la femme que chez l'homme ces blennorrhagies torpides d'emblée qui peuvent presque passer inaperçues de la malade et même de son médecin. Enfin on observe chez elle une chose qui est bien rare chez l'homme, l'infection gonococcique localisée d'un seul point sans extension de l'infection aux points voisins, on voit souvent chez elle l'infection gonococcique localisée à l'utérus, plus rarement à l'urèthre, sans que les gonocoques puissent prendre pied sur les autres points de la muqueuse voisine. Les grandes chaudepisses utéro-vagino-vulvaires se rencontrent surtout dans les basses classes qui ne se soignent pas; les femmes qui ont plus de soin de leur corps jouissent certainement de blennorrhagies beaucoup plus discrètes.

Comme l'homme, les femmes font concurremment à l'infection gonococcique ou consécutivement à elle, des infections secondaires qui cultivent chez elles avec beaucoup de facilité; celles-ci ne sont même probablement pas étrangères à la disparition spontanée des gonocoques qui meurent étouffés par leur développement. Cette action

semble s'ajouter chez la femme à l'épuisement spontané de la culture qui s'observe chez l'homme.

Je crois avoir ainsi démontré que, dans bien des cas, on a accusé à tort le gonocoque d'être la cause des accidents infectieux des femmes contaminées par leur mari (1). Ces diagnostics ont été faits sans examens microscopiques; ceux qui ont été examinés bactériologiquement l'ont été surtout dans la clientèle hospitalière ou des causes constantes de réinfection gonococcique compliquent la question et rendent méconnaissables les infections primitives des femmes par des microbes divers, autres que le gonocoque. L'étude de cette question ne peut guère être faite que dans la clientèle aisée.

Quels sont ces microbes secondaires chez l'homme, souvent primitifs chez la femme dont nous avons si longuement parlé, sans les nommer? J'avoue franchement que je ne les connais pas. Je puis affirmer que ce ne sont pas des gonocoques, mais je ne puis rien dire de plus à leur égard; leur étude est encore à faire.

C. — *Conséquences de ces faits au point de vue matrimonial.*

Depuis le début de ses études sur le gonocoque (1879), Neisser a interdit le mariage à ceux qui en sont infectés. Finger, dans son beau travail sur la blennorrhagie, eut la notion que cette précaution n'était pas suffisante, et il formula ainsi les conditions qu'il faut exiger des anciens blennorrhagiques pour les autoriser à se marier.

1° Caractère purement épithélial de la sécrétion et en particulier des filaments.

2° Absence complète de gonocoques dans cette sécrétion et dans ces filaments, même après l'irritation artificielle de

(1) En particulier dans le récent travail de Brõse. *Zür œtiologie, Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe. Deut. Med. Woch.*, avril et mai 1893.

la muqueuse par un lavage de l'urèthre au nitrate d'argent ou au sublimé (Preuve de Neisser 1883).

Les caractères précédents doivent persister pendant deux à quatre semaines d'examen journalier.

3° Être exempt de manifestation locale, rétrécissement, prostatorrhée, qui nécessiterait la prolongation du traitement.

Ces lois ont été universellement admises en Allemagne et en Autriche. Brewer (*loc. cit.*) s'y est rallié en Angleterre (1891). Je les défends depuis longtemps et je constate avec plaisir qu'elles commencent à être acceptées en France (1). Elles sont évidemment très logiques, mais elles ne sont pas à l'abri de certaines objections.

La deuxième loi ne peut donner lieu à aucune discussion ; il y a lieu de la maintenir telle que Finger l'a posée. On ne doit permettre le mariage aux anciens blennorrhagiques que s'ils sont absolument exempts de gonocoques, même après la réaction inflammatoire du nitrate ou du sublimé ; ajoutons-y, à la rigueur, la réaction par la bière et rappelons que Finger demande la répétition très fréquente des examens pendant deux à quatre semaines : ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il considère le malade comme exempt de gonocoques.

La première est, dans sa forme, plus contestable. Si on voulait l'appliquer à la lettre, si on ne laissait marier que les anciens blennorrhagiques qui n'ont plus de leucocytes dans leurs filaments, le mariage deviendrait une chose fort exceptionnelle. Cette loi est évidemment trop sévère ; le fait d'avoir dans son urine quelques filaments purulents sans microbes ne constitue pas nécessairement un danger d'infection pour une femme. Je connais beaucoup d'individus qui sont dans ce cas, qui n'ont jamais été infectés secondairement et à qui je donnerais sans aucune crainte l'autorisation de se marier. D'autre part, cette loi à un autre point

(1) *Société médicale* du IX^e^ arrondissement, mai et juin 1893. *Journ. de Méd.* de Paris, n^os^ 22, 23, 29.

de vue n'est pas assez sévère, puisque nous avons vu dans notre premier chapitre que des gens en apparence absolument sains, sans goutte, et sans filament, sont susceptibles de s'infecter subitement d'un microbe suppuratif, dont l'inoculation à une femme serait extrêmement dangereuse, presqu'à coup sûr fatale.

La troisième loi rentre dans la précédente. Il est évident qu'il est préférable de dilater un malade rétréci avant son mariage et de guérir sa prostatorrhée si c'est possible; mais les récidives de ces deux affections ne sont pas rares. Faudra-t-il donc interdire le mariage aux rétrécis et aux prostatorrhéiques jusqu'à leur complète guérison? Cette loi est évidemment encore trop absolue, parce que, comme la précédente, elle ne vise pas le seul fait qui rend un mari dangereux pour sa femme en dehors du gonocoque, c'est-à-dire l'état de réceptivité. C'est cet état de réceptivité qui constitue pour moi le deuxième et dernier danger pour la femme. Que cet état de réceptivité soit caché sous des apparences absolues de santé, qu'il soit accompagné des symptômes ordinaires de l'uréthrite chronique, goutte matinale, filaments purulents, rétrécissements, prostatorrhée, c'est lui qui est dangereux et non les symptômes qui l'accompagnent. Ces symptômes sont les causes de cet état de réceptivité; cela est vrai, mais ils peuvent exister isolément sans le produire. Il y a des gens qui ont des filaments purulents, qui ont des rétrécissements, qui ont de la prostatorrhée et qui pourtant ne sont pas réceptifs : ceux-là ne sont pas dangereux au point de vue du mariage. Il en est d'autres qui ont l'air absolument sains et qui pourtant sont très réceptifs; ceux-là sont dangereux.

En résumé ces deux lois de Finger sont très louables parce que le premier il a vu qu'il y avait quelque chose d'autre que le gonocoque à redouter dans les rapports conjugaux; elles sont même presque exactes vu que la diapédèse leucocytique, le rétrécissement, la prostatorrhée sont en général accompagnés de l'état de réceptivité qui est le

prélude de l'infection de la femme; mais elles ne sont pas absolument exactes, vu que l'état de réceptivité n'est pas absolument synonyme d'uréthrite chronique et qu'il existe des cas d'uréthrite chronique sans réceptivité et des cas de réceptivité sans uréthrite chronique.

Je propose donc de remplacer ces lois par les deux suivantes qui résument tous les *desiderata :*

Les contre-indications absolues au mariage pour les anciens blennorrhagiques sont :

1° le gonocoque ;

2° l'état de réceptivité.

L'étude que nous venons de faire explique suffisamment ces deux lois : la première, le danger du gonocoque matrimonial ne mérite pas de nous arrêter, ce fait est aujourd'hui banal; la seconde a besoin de quelques explications.

Si nous laissons marier un malade en état de réceptivité, même s'il est en très bon état au moment de son mariage, même si, grâce à nos soins, il n'a plus ni rétrécissement, ni filaments, ce malade au bout de quelque temps de mariage fait une infection secondaire qui vient soit de l'air, soit d'un coït extra-conjugal avec une femme métritique, soit du propre vagin de sa femme, nous avons vu en effet que les microbes qui habitent le vagin des femmes saines peuvent donner lieu à des infections uréthrales secondaires. Ces microbes, quelles que soient leurs sources pullulent dans son urèthre, y acquièrent probablement une virulence spéciale par isolement de culture, et finalement sont inoculés à l'utérus de sa femme pendant un de ses moments de réceptivité après les règles ou après les couches. Telle est l'histoire très simple des infections non gonococciques des femmes mariées. Il ne faudrait pas croire que ce soit un fait rare, si le gonocoque est fréquent dans les familles de tous les mondes, ces infections par microbes divers ne sont pas moins fréquentes; il suffit de les chercher pour les trouver.

L'état de réceptivité est donc un vice rédhibitoire absolu pour le mariage. Comment pourrons-nous le reconnaître sur le malade qui se présente à nous?

Le seul moyen d'arriver à faire ce diagnostic, c'est de recueillir avec soin l'histoire du passé vénérien de ce malade, d'observer avec précision son état actuel et de le suivre ensuite pendant un temps qui reste à déterminer.

Dans le passé on trouve le souvenir de nombreuses petites poussées d'uréthrites survenues quelques heures après les coïts les moins suspects, durant peu, faciles à guérir, relativement peu aiguës. Ces malades ont tellement l'habitude de s'infecter qu'ils redoutent toutes les femmes, ne coïtent qu'en condom ou même renoncent à coïter. Ils désirent se marier pour être sûrs d'avoir une femme saine. Ceux d'entre eux qui le font sont tout étonnés après leur mariage d'être infectés par leur femme comme par la première prostituée venue; ils ne tardent pas du reste à lui rendre la pareille.

L'examen de l'état actuel révèle ou bien les signes ordinaires de l'uréthrite chronique, goutte, filaments, ou un état uréthral parfait. Notre attention est attirée sur ces derniers par le récit qu'il nous font de leurs infections précédentes et des précautions qu'ils doivent prendre pour éviter d'en être victimes.

Aussitôt que notre interrogatoire nous a fait soupçonner que le malade est en état de réceptivité; il importe de lui conseiller de surseoir jusqu'à nouvel ordre à toute idée de mariage, de le traiter avec patience jusqu'à ce qu'on ait obtenu le maximum de ce que le traitement peut donner dans son cas, et ensuite de le mettre en observation.

Le malade pendant cette dernière période reprend peu à peu sa vie ordinaire, recommence à coïter et suspend toute précaution antiseptique spéciale pendant et après les coïts : plus de condom, plus de lavages du méat au sublimé, plus de désinfection vaginale de la femme. S'il sort victorieux de cette épreuve prolongée pendant plusieurs mois, je n'hésiterai pas à le laisser se marier, même s'il conserve encore

quelques filaments leucocytiques, même s'il a un rétrécissement capable de récidiver. Si, au contraire, pendant ce laps de temps, il est victime d'une infection secondaire, je refuserai mon autorisation pour le mariage, et je demanderai ensuite un nouveau traitement dont la durée est impossible à limiter d'avance.

Le temps de la période d'observation est évidemment très variable suivant les cas. Après une blennorrhagie aiguë rapidement guérie par le permanganate, je demande au moins deux mois d'observation avant le mariage. J'en demande autant aux maris que j'ai guéris d'une chaudepisse aiguë dans le cours de leur mariage, sans néanmoins conseiller à ces derniers de pratiquer des expériences extra-conjugales.

Ce chiffre de deux mois, après un traitement abortif au permanganate d'une blennorrhagie récente chez un homme précédemment sain ou complètement guéri de ses chaudepisses antérieures, me semble absolument suffisant.

Un de mes abortifs s'est marié dans ces conditions sans aucun accident consécutif. Trois maris que j'ai traités de la même façon ont pu reprendre au bout de ce laps de temps leurs relations avec leurs femmes sans aucun inconvénient.

Si la chaudepisse aiguë a évolué; si, traitée par les méthodes habituelles, elle a duré plusieurs mois; si, après le traitement au permanganate trop énergiquement conduit, il reste une petite sécrétion matinale, un peu de chaleur en urinant, six mois d'observation ne me semblent pas de trop entre la disparition du gonocoque et le mariage.

En cas de blennorrhagies anciennes, la première chose à faire est de faire disparaître le gonocoque s'il existe; quelques lavages de permanganate suffisent à obtenir ce résultat, et les infections secondaires, s'il y en a, par quelques lavages de sublimé. Il faut ensuite soigner par les méthodes habituelles l'urèthre ainsi désinfecté et prolonger longtemps ce traitement. La guérison rapide du blennorrhagique

chronique par quelques cautérisations me semble un mythe ; je l'ai bien rarement observée et c'est logique, vu que ces uréthrites aseptiques sont dues à des lésions anatomiques anciennes qui ne peuvent pas disparaître en un jour, si même elles peuvent disparaître. Quant au bout de six mois à un an de traitements interrompus et d'asepsie constante de l'urèthre, on a mené le malade au maximum d'état de santé qu'on peut lui offrir, c'est-à-dire quand on lui a convenablement élargi son canal, et quand on a transformé ses sécrétions purulentes en sécrétions muco-épithéliales, on peut commencer à lui laisser reprendre sa vie habituelle et tâter sa réceptivité. Malheureusement dans ce cas le résultat des expériences n'est pas souvent favorable, et ces malades se réinfectent de microbes divers avec une facilité désespérante : il faut les désinfecter avec patience et attendre que le temps ait peu à peu diminué et fait disparaître cet état de réceptivité.

On sera probablement étonné en m'entendant demander pour cette catégorie de malades de un an à quatre ans de périodes de traitement et d'observation. Je voudrais pour ces malades demander une année entière sans aucune infection secondaire.

On peut m'objecter que, pendant ce laps de temps, ils sont exposés à contracter la syphilis ou une nouvelle chaudepisse. Pour la syphilis, j'avoue que je n'ai aucune excuse ; mais pour ce qui est de la chaudepisse, elle ne m'inquiète en rien. Une infection gonococcique abortée au permanganate, ou même traitée au permanganate, après une évolution de quinze jours à un mois, n'a pas le temps de modifier l'état de réceptivité du canal ; le malade n'y perd absolument rien, si même il n'y gagne pas.

Enfin il existe des malades indésinfectables de leurs microbes secondaires, probablement par suite de l'existence de foyers microbiens en dehors de l'atteinte des lavages antiseptiques (reins, prostate, vésicules séminales, abcès glandulaires). Il faut évidemment demander à ces malades d'at-

tendre leur désinfection spontanée, puisque notre art est incapable de la leur donner; cette attente peut être bien longue, elle peut même être indéfinie.

Au risque de passer pour pessimiste, tels sont les délais que je prétends imposer aux blennorrhagiques. Le nombre énorme des infections utérines matrimoniales nous montre assez que nous avons été jusqu'ici trop indulgents à cet égard. Les métrites, les salpingites, les opérations graves, la stérilité, voilà l'avenir de ces malheureuses femmes qui espéraient trouver le bonheur dans le mariage. Il est temps de réagir et de considérer la blennorrhagie comme au moins égale en danger à la syphilis au point de vue des rapports conjugaux.

Soyons sévères, très sévères, et ne permettons le mariage qu'aux *urèthres désinfectés des gonocoques et non réceptifs pour les microbes secondaires.*

Quelle conduite devons-nous tenir quand, malgré notre défense, le mariage a lieu, et quand on nous demande des conseils sur la manière d'éviter tout accident, et que devons-nous faire, quand un accident a eu lieu et a été guéri, pour éviter son retour?

Nous devons exiger que le mari se fasse visiter au début de la moindre recrudescence uréthrale, et s'abstienne absolument de coïts pendant qu'elle a lieu. Qu'il vienne nous trouver et se faire désinfecter immédiatement, si l'infection s'est produite, cela indéfiniment jusqu'à nouvel ordre.

Pour éviter les infections, il faut lui conseiller de se laver tous les jours le méat avec le sublimé à un trois millièmes, lui interdire absolument les rapports extra-conjugaux de quelque nature qu'ils soient; lui recommander de ne pratiquer le coït qu'après avoir uriné, et de s'abstenir du coït pendant les cinq jours qui précèdent et les cinq jours qui suivent les règles; en cas d'accouchement, pendant les trois mois qui suivent les couches, c'est-à-dire d'attendre le second retour de couches, ou son époque si la mère nourrit son enfant.

Pour protéger encore plus efficacement la femme, il est bon de lui faire faire tous les jours de larges lavages vaginaux au sublimé de un cinq millièmes à un dix millièmes, et dans les cas graves d'exiger le coït en condom.

Avant de terminer cette étude, je ne puis m'empêcher de constater l'importance qu'il y aurait, pour supprimer tous ces dangers, à guérir rapidement les chaudepisses, puisque nous avons vu que la restitution *ad integrum* de l'urèthre après une chaudepisse aiguë de courte durée est la règle.

Ce terrible état de réceptivité aussi dangereux et bien plus rebelle que l'infection gonococcique, il ne tient qu'à nous de le supprimer. Ne laissons pas les chaudepisses s'éterniser; ne laissons pas par un traitement antiphlogistique de plusieurs mois les gonocoques exercer leurs ravages dans l'urèthre; ne faisons pas des traitements incomplets qui assèchent pour quelques jours le canal, tout en le laissant bondé de gonocoques comme le fait le Santal; ne persistons pas à vouloir détruire des gonocoques intra-glandulaires et sous-muqueux avec des actions caustiques ou antiseptiques purement superficielles (sulfate de zinc, nitrate d'argent, sublimé, etc.); en un mot, pratiquons le traitement abortif au permanganate de potasse. Ceux qui ne sont pas encore convaincus de l'efficacité absolue de ce traitement, le seront en lisant un nouvel article que je publierai en septembre prochain dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, où je résumerai les observations de mes douze derniers cas de traitements abortifs, sur lesquels j'ai obtenu onze succès très rapides. Le seul insuccès est relatif à un traitement commencé au quatrième jour d'une chaudepisse très aiguë chez un malade porteur d'un méat difficile à désinfecter. Si le traitement abortif ne peut être pratiqué, attendons la période subaiguë pour pratiquer les lavages au permanganate dont l'efficacité est alors pour ainsi dire certaine.

Paris — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 30299.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.